

ANÁLISIS FONÉTICO DESDE UNA VISIÓN CLÍNICA DE LAS PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE

CATALINA DOMÍNGUEZ NÚÑEZ
Hospital Sant Joan de Déu
cdominguez@hsjdbcn.org

RESUMEN

El objetivo de este texto consiste en ofrecer una visión práctica de la utilidad del análisis fonético desde la perspectiva de una terapeuta del habla: los errores fonéticos son sólo síntomas y hay que atacar directamente los problemas patológicos antes que los errores fonéticos directamente, pues muchos de esos errores se solucionarán al corregir los problemas encontrados.

El taller se propone, en general, realizar un repaso de los problemas que presentan las distintas patologías de habla en relación a los errores posibles de tipo fonético que generan y cómo se ha de enfrentar a ellos el terapeuta y en qué medida el conocimiento de la fonética ayuda a solucionar problemas de producción y de comprensión del habla. El énfasis se sitúa en abordar los casos desde la propia experiencia de la autora.

Palabras clave: *patologías de habla, errores fonéticos*

ABSTRACT

This paper offers a practical vision about the phonetic analysis from the speech therapist's perspective: in fact, as phonetic errors are only symptoms of pathological problems we must discover and solve these pathological problems before the phonetic ones.

The workshop intends in general to go over the problems related to different speech pathologies and their relationship with the possible phonetic errors that generate. It also intends to determine how to confront them and to what extent the knowledge on phonetics helps to solve problems in speech production and understanding.

Keywords: *speech pathology, phonetic mistakes.*

1. INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva clínica de las patologías de la comunicación oral, no podemos ir directamente a enseñar o corregir los defectos fonéticos observados en el habla de un paciente, por más perfecto que sea el análisis espectrográfico que hagamos de su producción oral. Los errores encontrados son sólo «síntomas», indicadores, al modo en que lo es la fiebre, de que «algo» funcional mal.

En primer lugar, es preciso distinguir aquellos errores o defectos observados en el habla que son propios de la evolución natural, de aquellos otros que suponen un detenimiento evolutivo, una pérdida de capacidades ya adquiridas, un desorden evolutivo o un desajuste en el uso de las capacidades que el hablante posee.

En segundo lugar, es preciso buscar la causa o causas que provocan tales defectos, ya que a menudo pueden coexistir varios motivos. Es decir, hay que indagar la etiología, el porqué de los defectos observados. Y es desde aquí desde dónde se ha de establecer la base de correlaciones internas entre los datos fonéticos (Martínez Celdrán, 2003, 2007) y el resto de los diversos síntomas verbales. Este será un primer paso que aumente o disminuya el valor clínico de los errores fonéticos. Posteriormente hay que ponerlos en relación con la historia clínica del paciente y el resto de datos clínicos; por ejemplo, si hay problemas de reconocimiento, de atención de memoria, etc..

En tercer lugar, los contenidos de la clínica nos proporcionan datos con los que podemos establecer hipótesis de diagnóstico cuando analizamos la coherencia interna de los aspectos fonéticos alterados. Ello posibilita agilizar el diagnóstico y establecer las pautas de tratamiento que ayuden de una manera más eficaz y dinámica. Y una vez iniciado el tratamiento, los parámetros del habla deberán ir cambiando. La rapidez de este cambio nos indicará lo acertado o no del tratamiento. Y, a su vez, los sucesivos cambios por mejoría precisarán de análisis sucesivos para seguir incentivando cambios terapéuticos.

Este cambio, producto de la mejoría terapéutica, provoca reorganizaciones internas en el habla del paciente. En este proceso de reorganización interna, se aprecian auto-correcciones de los patrones verbales automatizados, que antes eran «deficitarios». Y sucede que al hacer auto-correcciones, el paciente no siempre acierta y en este deseo de perfeccionamiento produce errores de habla inesperados, errores fonéticos y silábicos o de otra índole por el efecto de una ultracorrección. Estos errores no son patológicos. Todo lo contrario, son de gran interés psicolingüístico porque indican «patrones de mejoría terapéutica». Son cambios fonéticos que indican «cambios en la conciencia fonológica o semántica del paciente».

2. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS PROBLEMAS DE DESARROLLO, DE PÉRDIDA DE ORDEN EN EL HABLA DE UNA PERSONA?

Una reseña breve de aquellas causas que pueden ser responsables clínicos de los defectos en la comunicación oral puede darnos idea de la complejidad funcional que implica el hablar bien.

El habla es el resultado de múltiples funciones superiores de distinta naturaleza. La alteración de una o varias de estas funciones puede deberse a una causa conocida o no, a priori. No hay habla sin una lengua, ni hay habla sin acto comunicativo, aún cuando se hable para sí mismo. Por ello el habla es la parte visible de procesos de naturaleza superior a ella misma.

En muchas ocasiones, los defectos de habla son un síntoma relevante, una primera señal de una patología clínica que debe ser descubierta y tratada, y en ocasiones con urgencia. Y el fallo de un elemento funcional de los sistemas buco-fonatorios, mentales, neurológicos, sensoriales, cardiovasculares, u otros, provoca errores en la comunicación oral de diverso tipo y gravedad. Un breve recordatorio nos dará idea.

3. ÁREAS DE AFECTACIÓN EN LA COMUNICACIÓN VERBAL

Podemos tener en un paciente problemas de voz, y esto afectará a la calidad fonética y la inteligibilidad del habla. En tales casos no es preciso trabajar la fonética, sino la voz en sí misma como elemento vehicular del habla. Puede haber un paciente con lenguaje normal y afectación exclusiva del habla. Puede haber un paciente con afectación simultánea del lenguaje y habla. Podemos encontrar defectos de habla, acompañados de problemas de voz y de lenguaje a la vez.

4. GRAVEDAD DE LOS DEFECTOS DE HABLA

La gravedad de los defectos de habla se manifiesta en los siguientes aspectos:

1. Ausencia total de habla, por no evolución o por pérdida total de las capacidades adquiridas...
2. Retraso evolutivo del habla, por evolución tardía, lenta o parada. Evolución estancada o pérdida progresiva del habla...

3. Habla defectuosa o ininteligible de manera general. Un habla sin estructura silábica.
4. Habla desordenada, desestructurada, incompleta, deformada, en sus elementos fonéticos y silábicos; no inteligible para el interlocutor y por ello inútil para la comunicación.
5. Defecto parcial de habla que afecta sólo a parte de los sonidos de una lengua.
6. Pérdida total del habla y de la comprensión verbal.

Durante el periodo infantil del desarrollo verbal, algunos de estos síntomas pueden ser de absoluta normalidad. Otros pueden ser síntomas de extrema gravedad. A partir de los 6 años, todos los síntomas son relevantes.

5. ALGUNOS EJEMPLOS DE PATOLOGÍAS CLÍNICAS QUE GENERAN PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN ORAL

A continuación relacionamos algunos ejemplos de patología clínica que generan problemas en la comunicación oral:

1. Defectos de audición, por pérdida total o parcial.
2. Traumatismos craneoencefálicos.
3. Patología tumoral que afecta en el nivel neurológico o sensorial; o en órganos como lengua, labios, mandíbula, etc.
4. Patología neurológica.
5. Accidentes cardiovasculares, en niños y adultos. Según la zona cerebral afectada produce problemas diversos en gravedad y tipo.
6. Malformaciones congénitas craneofaciales.
7. Patología de diversa índole clínica que generan un deterioro progresivo de la comunicación oral, tanto en niños como en adultos, tales como

Parkinson, Alzheimer, enfermedades neurológicas, musculares o degenerativas, patologías «raras», etc..

8. Niños sin ningún problema aparentemente, pero en los que su desarrollo verbal no se produce. Y los síntomas diversos de su conducta relacional manifiestan desórdenes mentales, relacionales, emocionales y de aprendizaje y adaptación al medio...

Para hacernos una idea de lo que implica cualquiera de estos grupos citados, veamos dos ejemplos cotidianos de la clínica:

5.1. El caso de un niño que nos llega con malformación congénita craneofacial

Puede ser sólo una malformación o varias, agrupadas en forma de síndrome malformativo congénito; es decir, grupos de malformaciones asociadas y catalogadas con un nombre propio. Cada año aparecen nuevos síndromes en la literatura clínica. Con lo que grupos de pacientes sin etiqueta para sus males, pasan a tener un nombre para ellos.

Estos pacientes pueden tener afectados uno o varios órganos fono-articulatorios, (lengua, paladar, labio, nariz), la respiración, (atresia de coanas, tabique nasal incorrecto), vista y oído, la sensibilidad del tacto lengua-paladar, y podemos tener afectación cerebral por alteraciones en la forma, (que nos daría problemas específicos), el tamaño cerebral, (donde una microcefalia conlleva deficiencia mental, y una macrocefalia puede corresponderse con lesiones específicas de los ventrículos cerebrales que provoca lesiones intracraneales que afectan especialmente a la memoria y a la discriminación sensorial). Y a su vez las presiones intracraneales sobre la corteza cerebral provocan dificultades en la recepción de los datos sensoriales de diverso grado, hasta la ceguera o sordera central porque el cerebro responde poco o nada a los estímulos sensoriales. Podemos tener también agenesia (ausencia de tejido), en determinadas áreas cerebrales, ausencias de determinadas partes del cerebro, como por ej. agenesia de cuerpo calloso, con lo cual la transmisión de datos interhemisférica tiene bloqueado el trasvase de las funciones propias de cada hemisferio cerebral al otro.

En un recién nacido con una malformación craneofacial, a menudo la alimentación y la respiración son un problema que compromete la vida del bebé durante el primer año. Ello genera cansancio y desequilibrios importantes en el ritmo de vida habitual de los padres. A ello hay que sumar el que los sentimientos de los padres

están «rotos», y por ello «descontrolados», por lo que la estimulación verbal del niño no contiene los patrones verbales adecuados. Igualmente está reducida la estimulación ambiental porque los papás reducen su actividad social y tienden a ocultar al niño en casa. Hay más monotonía en la vida familiar y ello repercute en la comunicación explícita y oral. Son padres más tristes y silenciosos. Estos niños no han podido hacer el entrenamiento preverbal del primer año de vida, y se incorporan al desarrollo del habla en etapas posteriores a medida que son reparados sus defectos. Y ello no es posible cuando se quiere, sino cuando «se puede», si hay tejido para reparar. Son niños que pasan por tratamientos quirúrgicos y hospitalarios que rompen a veces su escolaridad y su estabilidad emocional.

5.2. El caso de niños con lesiones cerebrales por causas diversas

Estamos hablando de casos como: parálisis cerebral, tumor cerebral, epilepsia generalizada o focal, traumatismo craneoencefálico, derrame cerebral, focos de irritación. Las metabolopatías (problemas de la biodinámica celular que limitan o alteran la creación de sustancias básicas para el cerebro) y otras causas que ocasionan defectos de habla en forma de retrasos graves del desarrollo verbal desde su origen, o que suponen una degeneración progresiva general, como por ejemplo niños con falta de sensibilidad específica al tacto, a la temperatura (se queman labios, paladar y lengua), o que no pueden discriminar sonidos, etc., son un ejemplo de la diversidad de razones que explican el motivo por el que una persona no habla bien.

Otros ejemplos son los síndromes neurológicos que afectan al tono muscular o a la rapidez dinámica de la articulación fonética que requiere el habla normal. En muchos casos, estas personas tienen afectadas además del habla, el lenguaje y las capacidades mentales. En otros el trabajo consiste precisamente en buscar el desbloqueo de la comunicación para que el desarrollo mental siga un curso satisfactorio. La gran pregunta que hay que resolver en los niños retrasados, muchas veces es si no habla porque es deficiente mental o si lo parece porque no habla.

Más casos: pacientes provenientes de adopción con edades superiores a 2 y 3 años que ya arrastran retrasos generalizados por la situación vivida. A su llegada todo es nuevo para ellos. Han perdido las referencias anteriores y su lenguaje, si lo tienen, no se corresponde con personas, lugares y objetos cotidianos. Están en periodo de adaptación pero los padres adoptivos no pueden establecer el contacto verbal

necesario y no pueden comunicarse con él por su retraso verbal y por este cambio: los datos clínicos previos de estos niños son a veces desconocidos, con mucha frecuencia los niños adoptados tienen algún tipo de malformación congénita como es el caso de las fisuras labio-palatinas u otras patologías y carencias. Y a ello se añade el que procedan o no de países hispanohablantes. En el caso de los niños hispanohablantes, los padres tienen mejores recursos para adaptar al niño al catalán por ejemplo, aquí en Cataluña, ya que es necesario para la integración social, porque tiene bases de comunicación oral próxima: el castellano. En el caso de los niños procedentes de países con lenguas lejanas para el nuevo entorno social del niño, el trabajo se complica. Es preciso crear bases de entendimiento rápido que facilite la comunicación entre el niño y su nuevo entorno en el que los padres adoptivos precisan una capacidad súbita de adecuación a las necesidades de un niño particular.

Niños procedentes de emigración, con lenguas diversas y que presentan algunas de las situaciones clínicas antes citadas, constituyen nuevos ejemplos y también niños con afectaciones clínicas citadas y que proceden de otras comunidades con lengua propia o variantes dialectales significativas.

Por otro lado, todo niño menor de 6 años está en la etapa de adquisición natural del habla. ¿Cuáles de esos errores que apreciamos se corresponden con variables evolutivas naturales y cuáles son susceptibles de patología?

Todo ello hace que un protocolo fonético en clínica deba tener una apariencia sencilla y un sistema de análisis complejo en razón de la coherencia interna de los datos. Es decir, la sencillez aparente debe complementarse con conocimientos profundos y diversos.

6. ¿CÓMO PLANTEAR UN SISTEMA DE ANÁLISIS ÚTIL PARA EL PACIENTE Y FIABLE PARA EL PROFESIONAL QUE PERMITA AGILIZAR LA GRAN CARGA ASISTENCIAL QUE NOS ABRUMA Y AUMENTA CADA DÍA?

Un protocolo de análisis fonético cerrado dejaría fuera del contexto protocolizado muchas de las variables que intervienen en los errores. Por este motivo, el análisis fonético requiere ser valorado, «interpretado» a la luz de los diversos parámetros: clínicos, sociológicos, sociolingüísticos, emocionales, de edad, etc., de cada caso.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA VERBAL QUE HAY QUE TENER EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS FONÉTICO Y EL ANÁLISIS CLÍNICO

Un factor que hay que tener en cuenta, en el análisis de voz o en el análisis espectrográfico y en todo análisis fonético para la clínica, es la toma de datos. La muestra debe ser representativa de la realización habitual del paciente. Un niño inhibido por vergüenza o miedo da muestras verbales no fiables, porque su habla está contaminada por fenómenos que no se corresponden con la patología, ya sea por omisiones, distorsiones o adiciones de síntomas en su voz y habla, que invalidan un resultado real del análisis fonético.

Un habla imitada, sugerida (a través de imágenes para verbalizar), o espontánea, producto de una conversación, comportan un trabajo interno de distinta calidad y naturaleza. Y por tanto, en su resultado, el análisis fonético tiene distinta valoración.

Las unidades de análisis fonético, al valorar los resultados, no son en consecuencia las mismas si la muestra sobre las que se hizo el análisis proceden: de una imitación, de una denominación o si son muestras de conversación. El trabajo del hablante es diferente aunque diga lo mismo. Y la valoración clínica del análisis espectrográfico, por ejemplo, tendrá distintas consideraciones al ser analizado por esta razón. Por ello, es preciso hacer constar siempre a qué modalidad corresponde la muestra, al valorar el análisis fonético para un uso clínico.

7.1. Evolución cronológica del habla y evolución patológica

En el habla patológica los elementos fonéticos no tienen el mismo cuadro secuencial de adquisición en la evolución verbal del paciente que en un niño normal.

Así, las primeras consonantes del segundo año de vida, las oclusivas sordas /p/, /t/, /k/ junto a las consonantes nasales /m/, /n/, y la líquida /l/, suelen estar alteradas por distintas razones hasta edades bastantes avanzadas. Y su valor patológico es de mayor peso que el de otros sonidos.

Nos encontramos ante la paradoja de que el orden cronológico de evolución fonética, no se corresponde en las diversas patologías con los patrones fonéticos normativos. Y estos patrones evolutivos, propios de cada patología severa son el primer eje comparativo de un análisis fonético. Posteriormente, se hará la valoración comparativa con los patrones de normalidad.

7.2. Valor clínico de los sonidos en el análisis fonético

A priori, todos los sonidos de una lengua tienen el mismo valor al realizar un análisis fonético. Podríamos decir que cada sonido vale en sí mismo igual a cualquier otro sonido de su lengua. Pero en clínica sucede de modo diferente: no todos los sonidos tienen el mismo valor en el análisis de los errores. Esto es un factor que altera la consideración de un análisis fonético por más pulcro y preciso que sea éste en su conjunto. Por ejemplo, el error fonético en las oclusivas sonoras tiene menos relevancia clínica que en la oclusivas sordas. La calidad en su conjunto de las nasales, tiene mayor interés clínico que las oclusivas sonoras correspondientes.

8. ¿QUÉ PASA CON LAS UNIDADES MÍNIMAS DE ANÁLISIS FONÉTICO: LOS RASGOS O PARÁMETROS QUE LOS SUSTENTAN?

El conjunto de los rasgos fónicos de una lengua se comporta también en las patologías del habla con un valor distinto: unos son más relevantes que otros.

Sucede por ejemplo que, en un análisis espectrográfico, el valor de frecuencia de una barra de explosión o la presencia de una barra de sonoridad es menos importante que la duración del segmento entero. La ausencia de barra de explosión en la oclusiva sorda es mucho más grave en la oclusiva velar que su ausencia en la oclusiva bilabial. La ausencia de una sibilante es poco relevante en el análisis fonético desde la perspectiva clínica. Los valores de frecuencia de los F2 en las vocales son más relevantes en clínica que los valores de F1. Son unos cuantos ejemplos en los que la clínica pone de manifiesto hechos que nos llevan a pensar en las leyes internas del hablante que rigen el cambio fonético de una lengua. ¿Cuáles de ellos son los pilares estables en ese cambio?

En su conjunto, un hecho destaca como relevante en diversas patologías: el punto de articulación se muestra poco relevante en muchos casos y es desplazado por valores de equivalencia acústica hasta el punto de que en ocasiones un paciente «deforma» un sonido exagerando un rasgo, a fin de mantener el valor distintivo que lo separe de otro sonido próximo por rasgos semejantes. Ello comporta que las investigaciones del análisis fonético basado en el estudio palatográfico son, en la práctica, de poco interés clínico.

De igual modo, en patología, los rasgos de articulación son arrastrados por las variables de la coarticulación y tienen una mayor variabilidad de realización. Un

dato característico en este sentido es la variabilidad de duración en las vocales, que pasa a sustituir al valor tonal en muchas ocasiones. Y en otros casos es reveladora de una conciencia correctora del paciente. Las características articulatorias propias de un fonema, al ser realizado, ceden su modelo de ejecución y se transforma en formas diversas de realización fonética en defensa del valor acústico del mismo. Es decir, para el niño deja de ser importante cómo hacer para decir un sonido, busca básicamente la eficacia acústica del mismo.

Y para acabar, una reflexión, un regalo de la vida a través de tantos y tantos niños, ellos fueron mis mejores maestros, mis mejores libros... los que se llevaron mi sueño tantas noches...y me mostraron mis errores y a la vez nuevos caminos, esos que he intentado aquí compartir con todos los lectores y que podríamos sintetizar en el apartado que sigue.

9. UNIDADES DE ANÁLISIS Y UNIDADES DE FUNCIONAMIENTO

Los terapeutas del lenguaje hemos cometido y cometemos diversos errores y necesitamos la ayuda multidisciplinar de otros expertos y otras disciplinas para mejorar nuestro quehacer. Durante mucho tiempo, hemos tomado como base «pruebas cerradas», creadas por otros, compradas en el mercado y que son de dudosa utilidad si se aplican sin criterios propios. Durante años, hemos analizado el lenguaje y el habla de un paciente en relación a las unidades básicas de una lengua concreta (rasgos fonológicos, fonemas, sonidos, sílabas, palabras, frases...). Me atrevo a decir que estas unidades de la lengua, tal y como se propone analizarlas en la clínica, no se corresponden totalmente con las unidades funcionales del paciente. Cada tipo de patología aporta características propias en este proceso. Además, en un mundo globalizado y políglota, en el que no hay una misma comunidad sociológica única y son diversas las unidades familiares, cada vez estaremos más lejos de una comunidad monolingüe (por adopción, inmigración, reorganizaciones familiares, etc.), lo cual implica que el terapeuta debe tomar conciencia de esa muticulturalidad y tenga que conocer otros muchos sistemas fonológicos.

Hemos de pensar que los niños de un mismo grupo académico están sometidos a procesos internos de acomodación psicolingüística propia, diferente. Estamos obligados a pensar que el niño no evoluciona ni funciona con las unidades de análisis de una sola lengua, ni con las mismas unidades verbales.

Por suerte, el niño y el lenguaje tienen un gran potencial evolutivo y creativo por naturaleza.

Deberíamos buscar un camino diferente para saber mejor cuáles son las unidades psicolingüísticas internas del niño a lo largo de su proceso de evolución básica. Y con ello, actuar preventivamente en los programas de educación y dinamizar con un nuevo sentido el valor de los errores... Y esta es la equivalencia del trabajo eficaz en terapéutica.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARTÍNEZ CELDRÁN, E. (1996): *El sonido en la comunicación humana*, Barcelona, Octaedro, 2003.

MARTÍNEZ CELDRÁN, E. (2007): *Análisis espectrográfico de los sonidos del habla*, Barcelona, Ariel, 1998.